

## Entretien de Contact - Date :

### Informations générales

Nom: .....

Prénom: .....

Né(e) le: .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone: .....

Courriel: .....

### Formation envisagée

4ème

Terminale CGEA

3ème

Terminale SAPAT

CapA 1ère année

BTSA ACSE 1ère année

CapA 2ème année

BTSA ACSE 2ème année

Seconde

BTSA DATR 1ère année

1ère CGEA

BTSA DATR 2ème année

### Situation du candidat avant candidature

demandeur d'emploi

salarié d'un employeur du secteur privé ou public (milieu ordinaire) : .....

stagiaire de la formation professionnelle : .....

en scolarité : .....

entreprise adaptée : .....

autre : .....

## Projet professionnel

Projet d'entreprise d'accueil : .....

Accord Agefiph/FIPHFP     oui                       non

## Parcours Scolaire / Professionnel

## Statut de la personne en situation de handicap

- 
- titulaire d'une carte d'invalidité    % : .....
  - ROTH
  - titulaire de l'AAH
  - notification CDES ou CDAPH (uniquement apprentissage)
  - titulaire d'une rente d'invalidité
  - titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle
  - pensionné de guerre ou assimilé
  - autre (mutilé de guerre, assimilé mutilé de guerre, sapeur-pompier volontaire) : .....
  
  - oui - échéance : .....
  - en cours - date de la demande : .....
  - Organisme sollicité pour établir le dossier : .....
  - non
-

## Origine du besoin d'accompagnement

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> déficience motrice  | <input type="checkbox"/> T.S.A. (Troubles Spécifiques des Apprentissages) |
| <input type="checkbox"/> déficience visuelle | <input type="checkbox"/> handicap psychique                               |
| <input type="checkbox"/> déficience auditive | <input type="checkbox"/> poly-handicap                                    |
| <input type="checkbox"/> maladie invalidante | <input type="checkbox"/> autre : .....                                    |

Infos supplémentaires/ Quelles difficultés?.....

## Exigences médicales du handicap

soins : .....

durée: .....

fréquence : .....

autres : .....

## Compensations mises en place antérieurement/ a priori (avant PPS)

### \* pour la formation :

humain : .....

matériel : .....

adaptation de la formation

- durée:.....

- contenu: .....

### \* pour les Examens Blancs/Partiels et Examens Finaux

1/3 temps: .....

humain : .....

matériel spécifique: .....

### \* dans l'entreprise (si alternance ou situation prof. avant la formation)

humain : .....

matériel : .....

spécifique : .....

### \* transports adaptés

oui - lesquels :  financement spécifique : .....

transports en commun adaptés (Proxi Tan, Abeille, )

non -  transports en commun

permis de conduire + véhicule

**PPS (projet personnalisé de scolarisation) ?**

Pertinence d'une PPS?	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
selon référent handicap	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
selon prescripteur	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
selon service d'accompagnement	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
selon candidat	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non

\* de quel type?.....

**Contacts**

<input type="checkbox"/> Coordonnateur Départemental (uniquement apprentissage) : .....
<input type="checkbox"/> Référent Handicap (si issu d'un autre centre de formation) : .....
<input type="checkbox"/> Enseignant Référent (uniquement pour cdt issu du milieu scolaire) : .....
<input type="checkbox"/> Pôle Emploi : .....
<input type="checkbox"/> Cap Emploi : .....
<input type="checkbox"/> Mission Locale : .....
<input type="checkbox"/> Centre de soins : .....
<input type="checkbox"/> Service d'accompagnement : .....
<input type="checkbox"/> Conseiller formation CFA/CFP: .....
<input type="checkbox"/> autres : .....

## Remarques complémentaires

**Entretien d'accueil - Date** : .....  
*(Toute date entre l'entretien de contact et l'entrée effective en formation)*

## Contacts

- suiveur CFA/CFP : .....
  - coordonnateur de la formation choisie : .....
  - coordonnateur départemental (uniquement apprentissage) : .....
  - référent CapEmploi : .....
  - référent Mission Locale : .....
  - autres : .....

## PPS (Prestation Ponctuelle Spécifique)

- prescripteur concerné : .....
- financeur concerné : .....
- organisme de diagnostic concerné : .....
- type de PPS : .....
- demande au candidat faite le : .....
- acceptée  refusée
- demande au prescripteur faite le .....
- acceptée  refusée - date : .....
- réponse du financeur
- acceptée  refusée - date: .....
- date(s) d'intervention de l'organisme de diagnostic : .....

## Compensation(s) à mettre en place à la MFR/CFA

pour la formation

- humain : .....
- matériel : .....
- adaptation de la formation
- durée: .....
- contenu: .....

pour les Examens Blancs/Partiels

- humain : .....
- matériel : .....
- 1/3 temps

pour les Examens Finaux

- Dossier de Demande d'Aménagement des Examens envoyé le : .....
- Réponse MDPH/CDAPH : .....

## Contrat (maitre de stage et d'apprentissage)

---

Dates de début de contrat : ..... de fin de contrat : .....

---

### Employeur

---

Raison sociale : .....

Adresse: .....

Statut:       de droit privé (Agefiph)                       de droit public (FIPHFP)

Accord en faveur de l'emploi des personnes handicapées :       oui       non

Tuteur: .....

Tel: ..... **Mail:** .....

Administratif Handicap : .....

Tel : ..... Mail : .....

---

### Visite médicale d'embauche (si nécessaire)

Réalisée le :  
.....

Programmée le :  
.....

Avis du Médecin du travail :

### Compensation(s) à mettre en place dans l'entreprise

humain :.....

matériel : .....

adaptation des tâches à réaliser : ..... .

temps de travail : .....

### Précision complémentaire

Pour toute personne ayant besoin d'un appareillage spécifique au cours de sa formation (lunettes, appareil auditif...), un exemplaire de rechange peut être déposé et stocké sur le site de la MFR, pour survenir au plus vite en cas d'incident.

Les personnels de la MFR/CFA ont été sensibilisés par le référent handicap sur les conduites à tenir pour l'accompagnement à mettre en place .

### Communication des informations

Je soussigné(e) .....autorise la communication  
autour de mon handicap,

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - auprès du groupe classe                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - auprès des formateurs et personnel de la MFR/CFA | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - lors des conseils de classe                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Signature précédée de la mention « Lu et  
approuvé »

**Remarques complémentaires:**